

Planejamento Estratégico Institucional 2022 - 2026

Conselho Regional de Medicina do Estado do Sergipe - CREMESE

RS2 CONSULTORIA LTDA

www.rs2.com.br

Consultores Responsáveis

Romeu Alencar

romeu@rs2.com.br

Romeu Coutinho

romeucoutinho@rs2.com.br

Revisão 03

Atualização 15/08/2024

Aprovado em 15/08/2024

Diretoria CREMESE**Jilvan Pinto Monteiro**

Presidente

Ana Jovina Barreto Bispo

Vice-Presidente

Andréia Diniz Franco Maciel Silva

Primeira Secretária

José Hamilton Maciel Silva Filho

Segundo Secretário

Vanessa Batista Rasia Pruss

Primeira Tesoureira

Marcelo de Oliveira Ribeiro Paixão

Segundo Tesoureiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL	5
1.1. Negócio	5
1.2. Princípios e Valores (DI.GEQ.005 - Versão 01)	5
1.3. Missão (DI.GEQ.003 - Versão 01)	5
1.4. Visão - 2026 (DI.GEQ.004 - Versão 01)	5
1.5. Política da Qualidade (DI.GEQ.002 - Versão 01)	5
2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL	6
2.1. Mapa de Partes Interessadas	6
2.2. Fatores Críticos de Sucesso – FCS	9
2.3. Análise do Ambiente Interno	10
2.3.1. Pontos Fortes	10
2.3.2. Pontos Fracos	11
2.4. Análise do Ambiente Externo	13
2.4.1. Fatores Políticos	13
2.4.2. Fatores Econômicos	13
2.4.3. Fatores Sociais	13
2.4.4. Fatores Tecnológicos	14
2.4.5. Fatores Ambientais	14
2.4.6. Fatores Legais	14
3. GESTÃO DE RISCO	15
3.1. Matriz de Probabilidade e Consequência	15
3.2. Riscos do Negócio	15
4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	21
4.1. Mapa Estratégico	21
4.2. Objetivos Estratégicos	22
4.3. Resultados e Metas	24
4.3.1. (OB1) Manter Sustentabilidade Financeira	24
4.3.2. (OB2) Maximizar a Satisfação dos Clientes	24
4.3.3. (OB3) Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias	24
4.3.4. (OB4) Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização	24
4.3.5. (OB5) Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial	25
4.3.6. (OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional	25
5. PLANOS DE AÇÃO	26
Plano 1 - Manter Sustentabilidade Financeira	26
Plano 2 - Maximizar a Satisfação dos Clientes	26
Plano 3 - Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias	28
Plano 4 - Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização	29
Plano 5 - Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial	29
Plano 6 - Promover o Desenvolvimento Profissional	30

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta o Plano Estratégico do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe (CREMESE), desenvolvido de maneira participativa através de workshops com a Diretoria e os Servidores. Este processo colaborativo visou pensar a organização estrategicamente para um horizonte de cinco anos.

A metodologia Balanced Scorecard (BSC) foi adotada como base para a estruturação deste Planejamento Estratégico Institucional, englobando quatro perspectivas fundamentais: clientes, processos internos, financeira e aprendizado e crescimento.

Acompanhando sistematicamente a execução das ações definidas, o planejamento estratégico se transforma em uma ferramenta valiosa, que não apenas auxilia a direção da organização, mas também orienta as ações gerenciais de acordo com um plano pré-estabelecido, impactando diretamente nos resultados esperados e no alcance da visão de futuro do CREMESE.

1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

1.1. Negócio

O exercício ético da medicina.

1.2. Princípios e Valores (DI.GEQ.005 - Versão 01)

- Atuar com elevado padrão ético
- Dar fiel cumprimento aos objetivos institucionais
- Atuar de acordo com as normas jurídicas
- Defender a boa prática médica
- Atuar com responsabilidade socioambiental
- Agir com transparência
- Prestar um serviço de excelência

1.3. Missão (DI.GEQ.003 - Versão 01)

Atuar com excelência na supervisão da ética médica no estado de Sergipe.

1.4. Visão - 2026 (DI.GEQ.004 - Versão 01)

Ser referência na promoção do exercício ético da medicina e na qualidade dos serviços prestados aos médicos e à sociedade.

1.5. Política da Qualidade (DI.GEQ.002 - Versão 01)

Promover a boa prática médica e o exercício ético da medicina, tendo como foco: a excelência da prestação de serviços; a melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade, por meio da valorização, desenvolvimento e capacitação de conselheiros e colaboradores; a observância das normas regulamentadoras e a transparência administrativa, otimizada pela integração dos sistemas internos.

2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL

2.1. Mapa de Partes Interessadas

Médico	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Celeridade; - Cordialidade; - Presteza; - Orientação e clareza das informações; - Resolutividade; - Salvar o ato médico; - Representatividade; - Desburocratização; - Transparência; - Fiscalização das condições de trabalho médico.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Tempo de resposta às demandas; - Pesquisa de satisfação de atendimento; - Registro de reclamações na Ouvidoria; - Indicadores das atividades de fiscalização.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Reconhecimento da classe; - Regulamentação e normatização dos atos médicos; - Valorização profissional; - Melhoria das condições de trabalho; - Segurança e proteção na prática do ato médico; - Fortalecimento do bom conceito da profissão; - Representatividade; - Satisfação; - Redução da burocracia.
Benefício Retornado ao CREMESE	- Missão institucional cumprida; - Fortalecimento da instituição; - Aumento da credibilidade da instituição; - Arrecadação.

Estabelecimentos de Saúde	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Regularização perante órgãos de controle e fiscalização; - Orientação normativa; - Salvar o ato médico; - Fiscalização das condições estruturais e do trabalho médico; - Celeridade de tramitação; - Desburocratização.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Tempo de resposta às demandas; - Pesquisa de satisfação de atendimento; - Registro de reclamações na Ouvidoria; - Indicadores das atividades de fiscalização.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Melhoria da qualidade dos serviços prestados; - Melhores condições de trabalho para os profissionais contratados; - Satisfação; - Desburocratização.

Benefício Retornado ao CREMESE	- Missão institucional cumprida; - Fortalecimento da instituição; - Aumento da credibilidade da instituição; - Arrecadação.
Sociedade	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Celeridade; - Orientação; - Responsabilidade social; - Proteção; - Efetividade no atendimento das solicitações; - Transparência; - Desburocratização; - Informação de credibilidade.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Tempo de resposta às demandas; - Pesquisa de satisfação de atendimento; - Registro de reclamações na Ouvidoria; - Indicadores das atividades de fiscalização.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Informações qualificadas; - Melhoria da qualidade dos serviços prestados por médicos e estabelecimentos de saúde; - Apuração e punição de eventuais violações ao Código de Ética Médica; - Proteção contra o exercício ilegal da profissão.
Benefício Retornado ao CREMESE	- Missão institucional cumprida; - Fortalecimento da instituição; - Aumento da credibilidade da instituição.

Órgãos de controle, fiscalização e regulação	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Celeridade; - Presteza e clareza das informações; - Cooperação; - Transparência; - Eficiência; - Orientações.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Índice de regularidade.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Melhoria da qualidade dos serviços prestados por médicos e estabelecimentos de saúde; - Apuração e punição de eventuais violações ao Código de Ética Médica.
Benefício Retornado ao CREMESE	- Missão institucional cumprida; - Fortalecimento da instituição; - Aumento da credibilidade da instituição.

Fornecedores de produtos e serviços	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Cumprimento das obrigações contratuais; - Pontualidade nos pagamentos; - Avaliação proporcional de faltas.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Fiscalização do contrato.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Satisfação.
Benefício Retornado ao CREMESE	- Bom desempenho dos serviços prestados.

Entidades médicas	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Cooperação; - Parceria.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Tempo de resposta às demandas.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Satisfação.
Benefício Retornado ao CREMESE	- Fortalecimento da instituição; - Aumento da credibilidade da instituição.

Instituições de ensino	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Cooperação; - Orientações ético-profissionais.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Tempo de resposta às demandas.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Satisfação.
Benefício Retornado ao CREMESE	- Fortalecimento da instituição; - Aumento da credibilidade da instituição.

Colaboradores	
Principais Requisitos da Parte Interessada	- Condições adequadas de trabalho; - Reconhecimento por meritocracia; - Boa comunicação.
Método de Monitoramento dos Requisitos	- Pesquisa de clima organizacional; - Avaliação de desempenho.
Benefício Gerado pelo CREMESE	- Satisfação; - Reconhecimento; - Segurança.
Benefício Retornado ao CREMESE	- Segurança e eficácia dos atos administrativos; - Engajamento dos colaboradores e confiabilidade.

2.2. Fatores Críticos de Sucesso – FCS

Os fatores críticos de sucesso - FCS são pontos críticos de um negócio porque é neles que é exigida muita competência para que os objetivos sejam atingidos. Em outras palavras, um FCS é aquilo que necessita ser realizado bem-feito para se obter sucesso em um negócio. São também chamados de fatores-chave de sucesso.

Os Fatores Críticos de Sucesso para o negócio do CREMESE são:

- **Política de gerenciamento de conflitos**
 - o Resolução de conflitos de forma objetiva e profissional.
- **Duração razoável das sindicâncias, processos ético-profissionais e processos consulta**
 - o Celeridade nas respostas.
- **Dedicação do corpo conselhal**
 - o Maior participação dos Conselheiros no dia a dia de todas as atividades desenvolvidas.
- **Descentralização dos processos administrativos**
 - o Adequada distribuição das tarefas;
 - o Aplicação eficiente dos recursos humanos;
 - o Definição de responsabilidades e autoridades.
- **Processo de comunicação interna e externa ágil e eficaz**
 - o Comunicação estratégica facilita a execução das atividades;
 - o Bom relacionamento entre as equipes;
 - o Qualidade no fluxo de informações.

- **Qualificação profissional**
 - Eficiência nas atividades operacionais;
 - Melhoria no atendimento e desenvolvimento das atividades diárias;
 - Avaliação de desempenho que reflita em melhorias para a eficiência do colaborador e consequentemente em um melhor desempenho de suas tarefas.
- **Comprometimento pessoal e profissional**
 - Comprometimento pessoal e profissional no que diz respeito ao resultado e reflexos na Instituição como um todo.
- **Inovação**
 - Adaptação às novas tecnologias
- **Fiscalização efetiva**
 - Segurança da sociedade;
 - Correição/atualização de todos os processos de registros e base de dados utilizada.
- **Uso de tecnologia da informação na execução de processos**
 - Adequação dos sistemas operacionais;
 - Segurança nas informações enviadas;
 - Virtualização de processos internos;
 - Integração entre os processos e sistemas.
- **Qualidade dos serviços prestados**
 - Excelência no atendimento aos usuários e clientes.
- **Boa saúde financeira**
 - Equilíbrio de contas (receitas e despesas).

2.3. Análise do Ambiente Interno

2.3.1. Pontos Fortes

O Ponto Forte é uma característica ou uma diferenciação existente na organização que lhe proporciona ou provoca uma vantagem operacional no seu ambiente de negócio. É uma variável controlável.

Pontos Fortes identificados no CREMESE:

Fatores	Pontos Fortes
Governança, estrutura organizacional, funções e responsabilidades	● Comprometimento da Diretoria com a profissionalização da gestão; ● Gestão voltada para resultados; ● Facilidade de comunicação com a Diretoria; ● Otimização dos canais de comunicação externos; ● Atribuições e lideranças dos dirigentes bem delineadas; ● Transparência na gestão; ● Autonomia administrativa; ● Importância perante a sociedade.

Fatores	Pontos Fortes
Recursos	- Sustentabilidade financeira; - Pontualidade no cumprimento das obrigações financeiras; - Virtualização dos serviços cartorários (Portal Médico); - Gestão orçamentária eficiente.
Infraestrutura	- Instalações novas, confortáveis e adequadas aos serviços prestados pelo CREMESE; - Parque tecnológico moderno; - Localização estratégica; - Facilidade para adoção de novas tecnologias.
RH e Cultura Organizacional	- Benefícios como o plano de saúde e alimentação; - Terceirização de atividades de apoio; - Nível de escolaridade dos colaboradores; - Baixo Turnover; - Comprometimento dos colaboradores envolvidos na gestão.
Normas, diretrizes e modelos adotados pela organização	- Normatização exaustiva de procedimentos efetuada pelo CFM; - Ser <i>compliance</i>.

2.3.2. Pontos Fracos

O Ponto Fraco é uma característica ou uma situação inadequada da organização que lhe proporciona ou provoca uma desvantagem no ambiente de negócio.

Pontos Fracos identificados no CREMESE:

Fatores	Pontos Fracos
Governança, estrutura organizacional, funções e responsabilidades	- Centralização administrativa; - Distribuição desigual de atribuições e responsabilidades dos colaboradores; - Reduzida participação dos conselheiros; - Concentração das atividades em alguns membros do corpo conselhal; - Comunicação interna deficitária; - Responsabilidades e autoridades não definidas claramente; - Falta de controle de estratégias e metas; - Duração razoável das sindicâncias, processos ético-profissionais e processos consulta.
Recursos	- Entraves operacionais para a cobrança administrativa de créditos e arrecadação; - Deficiência no planejamento da fiscalização de contratos para entrega de faturas em tempo hábil para programação; - Ausência de alternativas para pagamento via Portal; - Planejamento de contratação deficiente; - Falta de Softwares intuitivos e com funcionalidades que tornem os processos mais flexíveis e integrados.

Fatores	Pontos Fracos
Infraestrutura	• Sistemas antigos e defasados; • Falta gestão documental; • Salas mal dimensionadas; • Falta de manutenção; • Pouco acompanhamento de inovações tecnológicas.
RH e Cultura Organizacional	• Inexistência de plano de cargos, carreira e salário; • Estrutura organizacional desatualizada; • Falta de engajamento/comprometimento de parcela dos funcionários (Individualismo - Cultura do "meu"); • Ausência de política de gerenciamento de conflitos; • Capacitação profissional deficiente; • Clima organizacional desfavorável; • Falta de sistemática de avaliação de desempenho; • Falta de gestão (mapeamento) de habilidades internas dos funcionários; • Falta gestão de recrutamento, seleção, contratação e integração de colaborador; • Falta de reuniões produtivas; • Inexistência da estrutura de Recursos Humanos.
Normas, diretrizes e modelos adotados pela organização	• Ausência de flexibilidade no processo de adaptação das normas expedidas pelo CFM à realidade dos Conselhos Regionais; • Ausência de padronização dos processos administrativos internos; • Desatualização dos normativos do CFM e CRM.

2.4. Análise do Ambiente Externo

A análise do ambiente externo tem por finalidade estudar a relação existente entre a organização e seu ambiente em termos de Oportunidades (O) e Ameaças (A).

O estudo foi realizado nos ambientes Políticos, Econômicos, Sociais, Tecnológicos, Ambientais e Legais.

As ameaças e oportunidades identificadas foram consideradas Fatores de Riscos.

2.4.1. Fatores Políticos

A/O	Descritivo (Fator de Risco)
A	Interferência do Judiciário em questões técnicas área da saúde
A/O	Avaliação de suficiência para concessão de novos CRM's
A	Atuação política do CFM na pandemia
A	Insegurança quanto a natureza jurídica dos Conselhos
A	Politização da Saúde
O	Participação dos conselhos na elaboração das Políticas de Saúde
A/O	Mudança do direcionamento estratégico decorrente de eleição
O	Revalida

2.4.2. Fatores Econômicos

A/O	Descritivo (Fator de Risco)
A/O	Crescimento exponencial nos números de médicos
A	Recessão
O	Crescimento Econômico
A	Mercantilização da saúde
A	Abertura do mercado de Saúde Suplementar para grandes monopólios
A	Novos tributos
O	Exigência de constituição de pessoa jurídica para o exercício profissional
A	Prescrição de anuidades (receita)

2.4.3. Fatores Sociais

A/O	Descritivo (Fator de Risco)
A	Envelhecimento da população médica
A/O	Abertura de cursos de medicina
A	Profissionais formados em escola de Medicina do exterior e com diploma não revalidado
O	Credibilidade institucional
O	União entre as entidades de classes
A	Paralisação dos serviços médicos
O	Políticas públicas voltadas para a saúde
A	Desconhecimento pela sociedade e médicos das atividades dos conselhos

2.4.4. Fatores Tecnológicos

A/O	Descritivo (Fator de Risco)
A/O	Telemedicina
O	Base de dados ampla sobre médicos e estabelecimentos de saúde
O	Avanços tecnológicos
A/O	Mídias sociais
A	Ataques cibernéticos

2.4.5. Fatores Ambientais

A/O	Descritivo (Fator de Risco)
A/O	Pandemia e colapsos ambientais

2.4.6. Fatores Legais

A/O	Descritivo (Fator de Risco)
A	Ato médico
A	Desconhecimento das normas do CFM

3. GESTÃO DE RISCO

O processo de gestão de riscos realizado neste planejamento estratégico teve como objetivo auxiliar na definição das ações estratégicas, levando em consideração as incertezas e a possibilidade de circunstâncias ou eventos futuros (intencionais ou não intencionais) e seus efeitos sobre os objetivos organizacionais.

O método utilizado foi baseado na norma ISO/IEC 31010 e buscou identificar como os objetivos estratégicos poderiam ser afetados, analisando cada risco em termos de consequências e suas probabilidades antes de decidir as ações a serem tomadas.

3.1. Matriz de Probabilidade e Consequência

A matriz a seguir foi utilizada para análise e avaliação dos riscos, sendo classificados em tolerável, significativo, sério ou intolerável. Os riscos positivos foram tratados como oportunidades, sendo analisados e avaliados a partir dos mesmos critérios.

B.29 – Matriz de probabilidade/consequência (ISO 31010)

			Nível de Risco (NR = PxC)				
			Consequência				
			Insignificante	Pequena	Média	Alta	Muito Alta
			1	2	4	8	16
PROBABILIDADE	Raro	1	1	2	4	8	16
	Improvável	2	2	4	8	16	32
	Possível	3	3	6	12	24	48
	Provável	4	4	8	16	32	64
	Quase certo	5	5	10	20	40	80
Nível de Risco			Zonas de Decisão		Tratamento		
NR ≤ 4			Tolerável		Manter controles existentes		
4 < NR ≤ 8			Significativo		Avaliar necessidade de novos controles		
8 < NR ≤ 16			Sério		Ação Obrigatória		
NR > 16			Intolerável / Excelente		Ação Obrigatória		

3.2. Riscos do Negócio

Fator de Risco	Risco / oportunidade	Consequência	Probab.	Grav.	Nível	Iniciativas para Tratamento
Interferência do Judiciário em questões técnicas da área da saúde	(RISC.01) Decisões judiciais que revisam atos administrativos do CREMESE	Insegurança jurídica: inscrição primária e registro de qualificação de especialistas provisórios, sujeitos a cancelamento ao fim do processo judicial; descumprimento dos requisitos definidos em lei para reconhecimento do profissional como médico; possibilidade de inserção de profissionais não qualificados no mercado de trabalho, colocando em risco a segurança da população assistida	3	8	24,0	- Trabalho educativo - abertura de um canal de diálogo com o Poder Judiciário - importância dos critérios para inscrição primária e concessão de registro de qualificação de especialista.
Avaliação de suficiência para concessão de novos CRM's (Aferição prévia de qualificação profissional mínima para o exercício da Medicina)	(RISC.02) Registro de profissionais capacitados	Maior eficiência na atuação na supervisão da ética médica	2	8	16,0	- Fortalecimento das ações da Corregedoria; - Agilidade na tramitação de procedimentos ético-profissionais; - Intensificação das ações de fiscalização;

Fator de Risco	Risco / oportunidade	Consequência	Probab.	Grav.	Nível	Iniciativas para Tratamento
	(RISC.03) Profissionais atuando sem registro	Necessidade de atuação mais ostensiva do CRM.	2	16	32,0	- Implementar Campanhas educativas direcionadas às instituições e Sociedade de forma a tornar ainda mais acessível o acesso as consultas públicas sobre os profissionais legalmente habilitados a exercer a medicina.
		Novas judicializações	2	8	16,0	
Politização da Saúde	(RISC.04) Definição de diretrizes técnicas das políticas públicas de saúde influenciada por questões políticas e não apenas científicas	Fragilização da imagem do CFM perante a sociedade	4	8	32,0	- Fortalecimento do caráter científico da atuação médica;
		Descontentamento da Classe Médica	4	4	16,0	- Estabelecer canal de diálogo com a comunidade trazendo argumentos que refutem ou minimizem o confronto de ideias para manter a confiabilidade institucional.
Insegurança quanto a natureza jurídica dos Conselhos	(RISC.05) Questionamentos sobre a natureza jurídica dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina (regime jurídico direito público/regime jurídico de direito privado)	Indefinição sobre os limites de atuação dos Conselhos Regional e Federal de Medicina, bem como quanto ao regramento jurídico que lhe seja aplicável	2	4	8,0	- Trabalho de esclarecimento junto à sociedade sobre as competências e atribuições legais dos Conselhos de Medicina;
		Dificuldade em implementação de medidas administrativas de longo prazo	2	4	8,0	- Fortalecimento da cultura gerencial na instituição.
Participação dos conselhos na elaboração das Políticas de Saúde	(RISC.06) Aprimoramento técnico das políticas públicas de saúde formuladas	Reflexos diretos na melhoria dos serviços prestados à população e no exercício em si da Medicina	3	8	24,0	- Atuação efetiva do Conselho de Medicina em conselhos deliberativos que contam com a participação de entidades da sociedade civil organizada.
Políticas públicas voltadas para a saúde						
Mudança do direcionamento estratégico decorrente de eleição	(RISC.07) Descontinuidade das ações estratégicas estabelecidas	Dificuldade no atingimento aos objetivos estratégicos	3	8	24,0	- Fortalecimento da cultura gerencial na instituição;
						- Vincular as gestões futuras ao planejamento, definido através de resolução a sua aplicação por período não inferior a 05 anos; - Alterar o regimento Interno e incluir dentre as responsabilidades da Diretoria/Plenário a execução do plano estratégico instituído e a sua manutenção e revisão, já que estão incluídas nas responsabilidades do gestor público por força do Decreto 9.203/2017, que dispõe sobre a política de governança no setor público federal.
Revalida	(RISC.08) Inscrição primária de profissionais graduados em Medicina por	Cumprimento dos requisitos definidos em lei para reconhecimento do profissional como médico	4	16	64,0	- Fortalecimento das ações de fiscalização; - Elaborar programa de monitoramento dos aspectos

Fator de Risco	Risco / oportunidade	Consequência	Probab.	Grav.	Nível	Iniciativas para Tratamento
	instituições de ensino superior estrangeiras	Aumento do número de profissionais aptos ao exercício da Medicina	5	16	80,0	técnicos e circunstanciais que permitam coletar informações aptas a preparar e treinar o setor de inscrição ao lidar com as ocorrências decorrentes deste evento com mais eficiência e eficácia.
		Possibilidade de democratização do acesso a médicos, notadamente considerando que o Brasil é um país de extensões continentais	4	8	32,0	
Profissionais formados em escola de Medicina do exterior e com diploma não revalidado	(RISC.09) Aumento na judicialização	Incerteza sobre a formação e qualificação técnica	5	16	80,0	- Trabalho educativo - abertura de um canal de diálogo com o Poder Judiciário - importância dos critérios para inscrição primária
	(RISC.10) Atuação sem registro	Aumento da demanda de fiscalização	5	16	80,0	Facilitar o acesso à informação sobre os profissionais legalmente habilitados a exercer a medicina.
Crescimento exponencial nos números de escolas / médicos	(RISC.11) Aumento de registros de novos médicos	Aumento na arrecadação	4	16	64,0	- Automação dos processos de inscrição, fiscalização e atendimentos;
		Aumento da demanda de fiscalização	4	8	32,0	- Treinar a equipe de forma continuada e realizando avaliações, aferição do atendimento aos procedimentos, sobretudo para tornar mais eficiente e eficaz os atendimentos;
		Maior abrangência de atuação dos profissionais médicos	4	4	16,0	
	(RISC.12) Sobrecarga de atividades nos setores	Não conseguir acompanhar o crescimento inovando em eficiência e eficácia nos atendimentos	4	8	32,0	- Desenvolvimento de procedimentos mais simplificados; - Maior inserção dos terceirizados nas tarefas tidas com ordinárias e de baixa complexidade.
Recessão	(RISC.13) Redução do poder aquisitivo	Inadimplência	3	8	24,0	- Implementar sistemática online para facilitar negociações e parcelamentos;
		Mercantilização da medicina e redução do compromisso ético	4	8	32,0	
		Aumento da demanda de fiscalização por sobrecarga no serviço público	5	8	40,0	- Comissão de jovem médico, de forma a melhorar o conceito da classe e a sua vinculação aos princípios éticos.
Crescimento Econômico	(RISC.14) Aumento da demanda por serviços de saúde	Incremento da arrecadação	3	8	24,0	- Implementar sistemática online para facilitar negociações e parcelamentos;
		Redução da inadimplência	3	8	24,0	- Automação dos processos de inscrição, fiscalização e atendimentos;
		Ampliação do número de profissionais inscritos	4	2	8,0	- Treinar a equipe de forma continuada e realizando avaliações, aferição do atendimento aos procedimentos, sobretudo para tornar mais eficiente e eficaz os atendimentos;

Fator de Risco	Risco / oportunidade	Consequência	Probab.	Grav.	Nível	Iniciativas para Tratamento
		Aumento no número de pessoas jurídicas registradas no Conselho	4	4	16,0	- Desenvolvimento de procedimentos mais simplificados; - Maior inserção dos terceirizados nas tarefas tidas com ordinárias e de baixa complexidade.
Mercantilização da saúde	(RISC.15) Precarização dos serviços de saúde	Aumento das denúncias sobre a baixa qualidade dos serviços prestados e as violações ao Código de Ética Médica	4	8	32,0	- Implementar Campanhas educativas; - Incluir prática no Programa de educação médica continuada.
Abertura do mercado de Saúde Suplementar para grandes monopólios						
Novos tributos	(RISC.16) Aumento da carga tributária	Diminuição da arrecadação	2	2	4,0	- Implementar sistemática online para facilitar negociações e parcelamentos;
		Aumento da inadimplência	3	4	12,0	- Campanhas voltadas para manutenção da adimplência, explicando a função do conselho e demonstrando os resultados da sua efetiva atuação.
Exigência de constituição de pessoa jurídica para o exercício profissional	(RISC.17) Aumento no registro de pessoas jurídicas prestadoras de serviços médicos terceirizados	Aumento da arrecadação	5	16	80,0	- Automação dos processos de inscrição, fiscalização e atendimentos; - Treinar a equipe de forma continuada e realizando avaliações, aferição do atendimento aos procedimentos, sobretudo para tornar mais eficiente e eficaz os atendimentos;
		Aumento das demandas relacionadas à fiscalização	5	16	80,0	- Desenvolvimento de procedimentos mais simplificados; - Maior inserção dos terceirizados nas tarefas tidas com ordinárias e de baixa complexidade.
	(RISC.18) Confusão entre a responsabilidade pessoal do médico e o diretor técnico	Sobrecarga de atividades nos setores	5	8	40,0	- Campanha educativa para diretores técnicos (Cartilha na inscrição, comunicação periódica, SMS etc); - Estreitar a relação com os diretores técnicos.
Prescrição de anuidades (receita)	(RISC.19) Dificuldades na cobrança administrativa e judicial de valores devidos e não pagos a título de anuidade por força de imposições legais	Redução da arrecadação	5	8	40,0	- Destinar pessoal e adquirir mecanismos para conduzir o processo de cobrança até execução final;
		Receita superestimada	5	8	40,0	
		Responsabilização da gestão	4	8	32,0	- Dar baixa em empresas que já encerraram as atividades na RFB.

Fator de Risco	Risco / oportunidade	Consequência	Probab.	Grav.	Nível	Iniciativas para Tratamento
Envelhecimento da população médica	(RISC.20) Isenção da Anuidade	Redução da arrecadação por jubilamento	3	2	6,0	Monitorar o evento e informar o impacto financeiro.
Credibilidade institucional	(RISC.21) Influência nas decisões relacionadas à área da saúde	Ampliação da participação do Conselho no processo de tomada de decisões	4	8	32,0	- Monitorar os discussões da área da saúde; - Estreitar relações com outras entidades com objetivos correlatos.
União entre as entidades médicas	(RISC.22) Fortalecimento institucional das entidades médicas	Ampliação da participação do Conselho no processo de tomada de decisões	5	4	20,0	
		Ações conjuntas de fiscalização	5	4	20,0	
Paralisação dos serviços médicos	(RISC.23) Interdição ética do serviço de saúde	Aumento das demandas fiscalizatórias	3	4	12,0	- Estabelecer plano com os processos necessários a enfrentar a crise, com definição dos responsáveis por cada etapa em caso de interdição e desinterdição.
		Aumento da demanda da Corregedoria	3	2	6,0	
Desconhecimento pela sociedade/médicos das atividades dos Conselhos	(RISC.24) Demandas sobre assuntos para os quais o Conselho não pode atuar	Sobrecarga	4	4	16,0	- Trabalho de esclarecimento junto à sociedade sobre as competências e atribuições legais dos Conselhos de Medicina.
		Descrédito institucional	3	4	12,0	
		Críticas sem fundamentação	3	8	24,0	
Telemedicina	(RISC.25) Prática de telemedicina não regulamentada	Necessidade de atuação mais ostensiva do CRM	4	16	64,0	- Estabelecer programa de atualização de temas relevantes para todos os empregados que pode ser por meio de disponibilização de vídeos com visualização obrigatória na plataforma intranet. - Monitorar a regulamentação do tema; - Trabalhar junto ao CFM para regulamentação da Telemedicina, considerando questões éticas; - Campanha voltada para o tema ampliando o conhecimento da classe médica, reduzindo as inseguranças e orientando a sociedade.
Base de dados ampla sobre médicos e estabelecimentos de saúde	(RISC.26) Solidez e confiabilidade das informações coletadas	Visibilidade do Conselho	3	8	24,0	- Estabelecer rotina de verificação, revisão e atualização de informações constantes dos dados do conselho.
		Agilidade e eficiência na prestação dos serviços	5	8	40,0	
Avanços tecnológicos	(RISC.27) Aprimoramento das funções institucionais do Conselho	Agilidade e eficiência na prestação dos serviços	4	16	64,0	- Elaborar estudos voltados à incorporação de novas tecnologias, estabelecendo requisitos e providências necessárias.
Mídias Sociais	(RISC.28) Melhor divulgação das atividades da instituição	Maior interação com o público	4	8	32,0	- Estabelecer agenda anual com os eventos programados;
		Maior número de pessoas recebendo informações sobre o conselho	4	8	32,0	
		Transmissão de orientações de forma abrangente	4	8	32,0	- Fortalecimento da divulgação das atividades.

Fator de Risco	Risco / oportunidade	Consequência	Probab.	Grav.	Nível	Iniciativas para Tratamento
	(RISC.29) Maior vulnerabilidade da instituição	Haters	4	4	16,0	- Manter o monitoramento; - Combater a contrainformação com a informação.
Ataques cibernéticos	(RISC.30) Vazamento de informações sigilosas / sequestro de dados	Responsabilização administrativa, civil e criminal pelo vazamento/exposição de dados pessoais, sigilosos e/ou confidenciais	3	16	48,0	- Elaborar Política de Segurança da informação.
Pandemia e colapsos ambientais	(RISC.31) Aumento da demanda por ações do Conselho	Fortalecimento institucional	4	4	16,0	- Otimização das ações de fiscalização.
	(RISC.32) Suspensão de atendimento e de prazos processuais	Duração dos processos aumentada	4	8	32,0	- Força tarefa para realizar as atividades.
Ato médico	(RISC.32) Exercício ilegal da medicina	Aumento das denúncias e procedimentos ético profissionais instaurados	4	8	32,0	- Otimização das ações de fiscalização.
Desconhecimento das normas do CFM	(RISC.33) Descumprimento da normatização expedida pelo CFM	Exercício ilegal da Medicina	4	8	32,0	- Trabalho de esclarecimento junto à sociedade sobre as competências e atribuições legais dos Conselhos de Medicina.
		Aumento das denúncias e procedimentos ético profissionais instaurados	4	8	32,0	

4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Os Objetivos Estratégicos do CREMESE foram definidos com a utilização da metodologia do *Balanced Scorecard*, em quatro perspectivas: Financeiro, Clientes, Processos Internos e Aprendizado e Crescimento. O alinhamento entre os objetivos estratégicos e a Missão e Visão do CREMESE foi representado em um Mapa Estratégico.

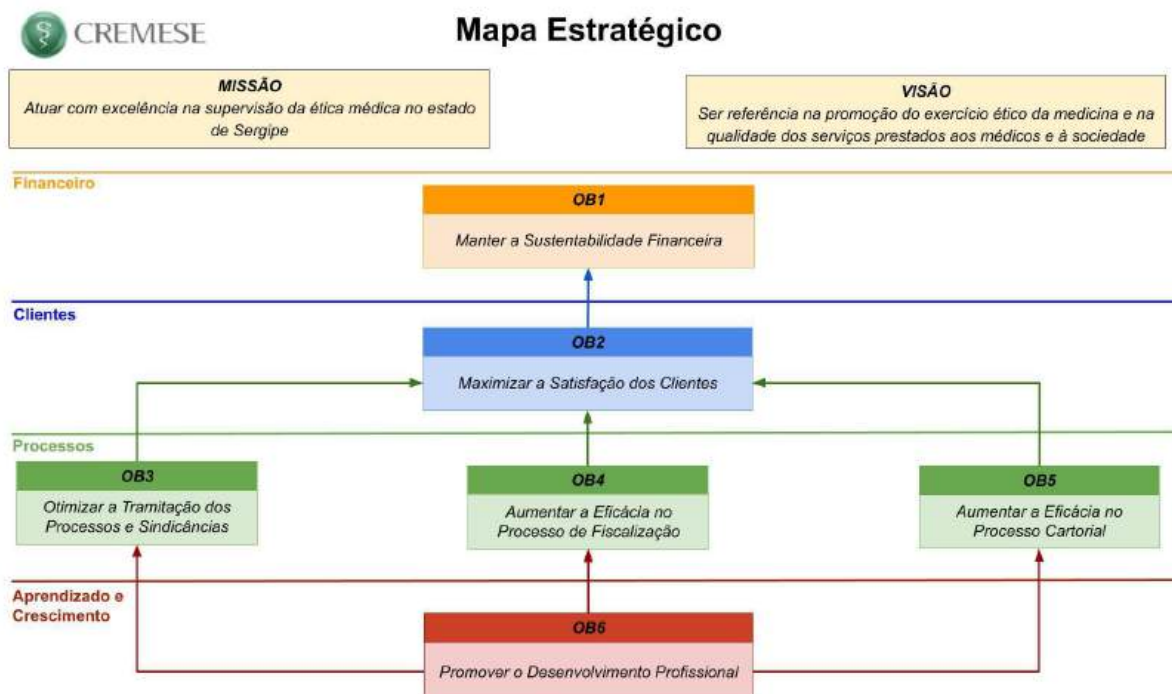
Para cada Objetivo Estratégico, foram definidos Indicadores Chaves de Performance (KPI - Key Performance Indicator), sendo apresentada a fórmula para medição, periodicidade de medição e membro da direção responsável.

Foi realizada análise dos resultados dos indicadores nos últimos três anos e definidas metas para o ano de 2022. Para os indicadores sem histórico, foram estabelecidas ações de realização da medição inicial, para que possam ser definidas as metas de melhoria de desempenho.

Os KPI's devem ser desdobrados em indicadores táticos e operacionais, junto aos responsáveis pelos processos, sendo utilizada a metodologia de gestão a vista e apresentação de resultados mensais.

Para que os Objetivos Estratégicos sejam alcançados, foram estabelecidas ações estratégicas, denominadas *Projetos Estratégicos*.

4.1. Mapa Estratégico



4.2. Objetivos Estratégicos

Objetivos Estratégicos	Perspectiva BSC	Indicadores Estratégicos (KPI)	Fórmula	Periodicidade medição	Responsável
(OB1) Manter Sustentabilidade Financeira	Financeiro	Inadimplência PJ (IPJ)	Número de PJ Inadimplentes / Número total de PJ ativos x 100	Mensal	Tesoureiro
		Inadimplência PF (IPF)	Número de PF Inadimplentes / Número total de PF ativos não jubilados/remidos x 100	Mensal	Tesoureiro
		Superavit Contábil (SUC)	(Receitas - Despesas) / Receitas	Mensal	Tesoureiro
		Índice de Segurança Financeira (ISF)	(Despesas / Receitas)	Mensal	Tesoureiro
		Índice de Vida Útil (IVU)	Saldo financeiro/média das despesas durante o ano	Mensal	Tesoureiro
(OB2) Maximizar a Satisfação dos Clientes	Cliente	Índice de Satisfação do Cliente Médico (ISM)	Compilação do resultado da pesquisa de satisfação (Avaliação Geral)	Quadrimestral	Primeiro Secretário
		Índice de Satisfação do Cliente PJ (ISJ)	Compilação do resultado da pesquisa de satisfação	Quadrimestral	Primeiro Secretário
		Índice de Satisfação Global (ISG)	Compilação do resultado da pesquisa de satisfação	Quadrimestral	Primeiro Secretário
		Índice de Educação Médica Continuada (EMC)	Número de eventos de Educação Médica Continuada promovidos	Anual	Coordenador da Educação Médica Continuada
(OB3) Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias	Processos Internos	Tempo Médio de Tramitação de Sindicâncias (TMS)	Soma dos tempos de tramitação / número de sindicâncias finalizadas no período	Semestral	Corregedor
		Tempo Médio de Tramitação de PEP's (TMP)	Soma dos tempos de tramitação / número de PEP's finalizados no período	Semestral	Corregedor
		Índice de Nulidades Processuais (INP)	(Número de nulidades reconhecidas / Quantidade de processos julgados) x 100	Semestral	Corregedor
		Índice de processos prescritos (IPP)	(Número de processos em que se reconheceu a prescrição / N° de processos em tramitação) x 100	Semestral	Corregedor
		Índice de Sindicâncias Julgadas (ISJ)	Sindicâncias Julgadas / Sindicâncias Instauradas	Semestral	Corregedor
		Índice de PEP's Julgados (IPJ)	PEP's Julgados / PEP's Instaurados	Semestral	Corregedor
		Índice de Decisões Reformadas pelo CFM (IDR)	(Quantidade de sindicâncias e PEP's arquivados e/ou reformados pelo CFM / Quantidade de sindicâncias e PEP's encaminhados ao CFM) x 100	Semestral	Corregedor
(OB4) Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização	Processos Internos	Índice de Fiscalização Proativa (IFP)	(Número total de fiscalizações proativas / N° total de fiscalizações) x 100	Trimestral	Coordenação de Fiscalização

Objetivos Estratégicos	Perspectiva BSC	Indicadores Estratégicos (KPI)	Fórmula	Periodicidade medição	Responsável
		Índice de Eficácia da Fiscalização CODAME (IEFc)	(Número de sindicâncias instauradas / Número de médicos notificados) x 100	Trimestral	Coordenação de Fiscalização
		Índice de Eficácia da Fiscalização REGISTROS (IEFr)	(Número de registros / Número de empresas notificadas) x 100	Trimestral	Coordenação de Fiscalização
(OB5) Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial	Processos Internos	Inscrições (INC) PF	Número de inscrições no período	Mensal	Primeiro Secretário
		Inscrições (INC) PJ	Número de inscrições no período	Mensal	Primeiro Secretário
		Inscrições (INC) RQE (Solicitações)	Número de inscrições no período	Mensal	Primeiro Secretário
(OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional	Aprendizado e Crescimento	Índice de Clima Organizacional (ICO)	Compilação do resultado da Pesquisa de Clima	Anual	Primeiro Secretário
		Índice de Execução do Plano Anual de Capacitação (PAC)	Capacitações realizadas dividido pelas capacitações planejadas x 100	Anual	Primeiro Secretário
		Índice de Desempenho Profissional (IDP)	Compilação do resultado da Avaliação de Desempenho	Anual	Primeiro Secretário

4.3. Resultados e Metas

4.3.1. (OB1) Manter Sustentabilidade Financeira

Indicadores Estratégicos (KPI)	Resultado					Meta 2024
	2019	2020	2021	2022	2023	
Inadimplência PJ (IPJ)	15,10%	20,90%	17,80%	19,40%	17,90%	16,5%
Inadimplência PF (IPF)	4,90%	14,68%	10,40%	8,20%	6,80%	6,5%
Superavit Contábil (SUC)	0,26	0,22	0,20	0,20	0,16	0,20%
Índice de Segurança Financeira (ISF)	0,73	0,77	0,79	0,86	0,87	0,80
Índice de Vida útil (IVU)	6 meses	11 meses	12 meses	13 meses	13 meses	13 meses

4.3.2. (OB2) Maximizar a Satisfação dos Clientes

Indicadores Estratégicos (KPI)	Resultado					Meta 2024
	2019	2020	2021	2022	2023	
Índice de Satisfação do Cliente Médico (ISM)				79,80%	94,20%	90%
Índice de Satisfação do Cliente PJ (ISJ)				79,50%	97,45%	90%
Índice de Satisfação Global (ISG)				63%	84,6%	85%
Índice de Educação Médica Continuada (EMC)		24	8	6	19	20 eventos

4.3.3. (OB3) Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias

Indicadores Estratégicos (KPI)	Resultado					Meta 2024
	2019	2020	2021	2022	2023	
Tempo Médio de Tramitação de Sindicâncias (TMS)	21 meses	19 meses	8 meses	19,91 meses	16,86 meses	12 meses
Tempo Médio de Tramitação de PEP's (TMP)	34 meses	17 meses	7 meses	55,21 meses	55,21	24 meses
Índice de Nulidades Processuais (INP)	0,00%	0,00%	5,00%	0,00%	2,00%	0%
Índice de Processos Prescritos (IPP)	1,98%	0,00	0,20%	0,00%	0,00%	0%
Índice de Sindicâncias Julgadas (ISJ)	1,87	0,49	0,86	1,04	1,30	>1
Índice de PEP's Julgados (IPJ)	0,54	0,33	2,50	1,28	4,77	>1
Índice de Decisões Reformadas pelo CFM (IDR)	12,50%	0,00%	0,00%	33,00%	50%	0%

4.3.4. (OB4) Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização

Indicadores Estratégicos (KPI)	Resultado	Meta 2024
--------------------------------	-----------	-----------

	2019	2020	2021	2022	2023	
Índice de Fiscalização Proativa (IFP)	59,57%	56,94%	79,21%	55,30%	70,50%	75%
Índice de Eficácia da Fiscalização CODAME (IEFc)	1,25%	2,20%	0,00%	44,15%	57,37%	70%
Índice de Eficácia da Fiscalização REGISTROS (IEFr)	97,06%	66,67%	62,26%	51,74%	68,09%	75%

4.3.5. (OB5) Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial

Indicadores Estratégicos (KPI)	Resultado					Meta 2024
	2019	2020	2021	2022	2023	
Inscrições (INC) PF	364	465	415	533	677	NA
Inscrições (INC) PJ	319	237	194	248	322	NA
Inscrições (INC) RQE (Solicitações)	308	236	294	303	384	NA

4.3.6. (OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional

Indicadores Estratégicos (KPI)	Resultado					Meta 2024
	2019	2020	2021	2022	2023	
Índice de Clima Organizacional (ICO)			3,01	3,06	3,03	>3,5
Índice de Execução do Plano Anual de Capacitação (PAC)				38,50%	20,35%	50%
Índice de Desempenho Profissional (IDP)				-	-	Realizar a Primeira Avaliação de Desempenho em 2025

5. PLANOS DE AÇÃO

Plano 1 - Manter Sustentabilidade Financeira

Objetivos Relacionados:	(OB1) (OB5) (OB6)	Riscos Relacionados	(R03) (R11) (R13) (R16) (R17) (R19) (R20)				
O que será feito	Detalhamento das ações	Responsável	Quando será iniciado	Quando será concluído	Recursos necessários	Monitoramento das ações	Status
1.1 Reestruturar o setor financeiro	1.1.1 Implantar todos os procedimentos do financeiro. Treinamento e acompanhamento da execução	Daniele Azevedo	mar.23	set.23	HH	Auditoria interna	Realizado
	1.1.2 Verificar a possível adequação do sistema Agenda Financeira para interligação aos demais sistemas	Daniele Azevedo	mar.23	mai.23	HH	Relatório	Realizado. Não identificou benefício em utilizar
	1.1.3 Definir profissional para realizar as atividades de contas a pagar	Diretoria	mar.23	jun.24	HH	Profissional designado	Em andamento
1.2 Reestruturar o setor de cobrança	1.2.1 Realizar monitoramento de inscrição e cobrança na Dívida Ativa da União	Daniele Azevedo	mar.23	Contínuo	HH	Auditoria interna	Em realização
1.3 Campanhas de conscientização da obrigatoriedade do registro de PF, PJ e RQE	1.3.1 Acompanhar a execução do plano de comunicação	Fernanda	mar.23	Contínuo	HH	Publicações realizadas	Em realização

Plano 2 - Maximizar a Satisfação dos Clientes

Objetivos Relacionados:	(OB2) (OB6)	Riscos Relacionados	(R07) (R12) (R24) (R26) (R27) (R28) (R30) (R31) (R32) (R34)				
O que será feito	Detalhamento das ações	Responsável	Quando será iniciado	Quando será concluído	Recursos necessários	Monitoramento das ações	Status
2.1 Informatização e virtualização dos Processos Internos e externos	2.1.1 Implantar a 1ª fase do PAE (assinatura)	Presidência/Informatização	set.2022	set.2022	HH	Acompanhar a adaptação e uso por todos os usuários internos em especial conselheiros.	executado
	2.1.2 Implantar a 2ª fase do PAE (Treinamento com funcionários)	Presidência/Informatização	jun.2023	abr.24	HH	Acompanhar Integração dos usuários internos na tramitação processual em especial o cumprimento de fases	executado
	2.1.3 Implantar a 3ª fase do PAE (Treinamento com conselheiros)	Presidência/Informatização	set.2023	mai.24	HH	Acompanhar a Integração dos usuários internos e externos na tramitação processual em especial o cumprimento de fases	Agendada
	2.1.4 Implantar a 4ª fase do PAE (migração da tramitação processual integralmente)	Presidência/Informatização	dez.2023	mai.24	HH	Acompanhamento fase a fase até total integração das partes ao uso	Agendada
	2.1.5 Implantar a 2ª etapa do SEI	Alysson e Marcos	jan.2023	fev.2023	HH	Acompanhar a Efetivação do cadastro de usuários, unidades, hierarquias,	executado

						coordenadores, permissões, homologação e replicar em produção	
	2.1.6 Implantar a 3ª etapa do SEI -cadastro	Alysson, Marcos, Susan e Viviane	fev.2023	jun.2023	HH	Acompanhar a realização do cadastro dos feriados, contatos e end, grupos de contato, assinaturas, cargos, tipos de documentos grupos de docs,tipos de processos,modelos de docs, Homologar os cadastros e Replicar em produção	executado
	2.1.7 Implantar a 1ª fase da 4ª etapa do SEI - Escolha de processos-piloto	Presidência, Alysson	jun.2023	jun.2023	HH	Análise dos processos dos setores e escolha de processos-piloto	Executado
	2.1.8 Implantar a 2ª fase da 4ª etapa do SEI -Implantação do SEI	Roberta, Susan, Alysson e Marcos	jun.2023	jun.2023	HH	Acompanhar a Divulgação da implantação do piloto, incentivo a realização do curso Sei Usar por aqueles empregados e colaboradores que eventualmente não realizaram o treinamento ou não foram incluídos nas fases anteriores. e confirmar a entrega dos cert, Divulgar materiais de apoio e Implantação do SEI no CREMESE	Executado
	2.1.9 Implantar a 1ª fase da 5ª etapa do SEI- Início do uso interno	Presidência, Alysson	jun.2023	jun.2023	HH	Acompanhar a efetivação de reunião com o CFM para orientações Iniciar o uso do SEI, Coletar feedback de uso Estipular melhorias no uso do sistema, Implantar melhorias no uso do SEI	Executado
	2.1.10 Implantar a 2ª fase da 5ª etapa do SEI- Implantação geral	Roberta, Susan, Alysson, Marcos e Viviane	jun.2023	jun.2023	HH	Acompanhar a efetivação de reunião com o CFM, divulgação da implantação geral, Realização de webinar de orientações e Estender o uso do SEI aos setores	Executado
	2.1.11 Avaliação sobre o uso do SEI	Informática, Susan, RH e Presidência	jan.2024	fev.2024	HH	Acompanhar e verificar a adaptação dos usuários e Integração da equipe na tramitação documental	Executado
2.2 Implantar Pesquisa de Satisfação de Clientes	2.2.1 Aprimorar a pesquisa de satisfação de clientes estendendo a pesquisa aos demais setores	Roberta, Susan, Alysson	fev.2023	jun.2023	HH	Acompanhar a aderência ao uso pelos demais setores	Setores foram orientados a incluir o link de pesquisa, entretanto os dados não foram ainda compilados
	2.2.2 Implementar pesquisa voltada para Educação Médica Continuada	Roberta, Alysson, Marcos	fev.2023	jun.2023	HH	Acompanhar a aderência ao uso pelos demais setores	Pendente (previsto para final de agosto/2023, quando os

							cursos da EMC forem retomados)
	2.2.2 Implementar Totem para pesquisa	Alysson e Conceição	fev.2023	jun.2023	Tecnológico e financeiro	Equipamento adquirido	Substituído por tecnologia com QRCode
2.3 Acompanhar e tratamento das demandas da Ouvidoria	2.3.1 Implantar sistemática para divulgação da Ouvidoria	Roberta, Ouvidoria	mar.2023	abr.2023	HH	Sistemática implantada	Pendente
	2.3.2 Acompanhamento e divulgação dos resultados da ouvidoria	Roberta, Ouvidoria	mar.2023	Contínuo	HH	Publicação dos resultados, prestação de contas e Auditoria interna	Pendente
2.4 Otimizar a comunicação com o público-alvo	2.4.1 Acompanhar e atualizar FAQ com perguntas frequentes	Roberta e Alysson	abr.2023	Contínuo	HH	FAQ atualizado	Em andamento
	2.4.2 Implantar ferramenta de agendamento	Conceição/Alysson e Marcos	abril.2023	jun.2023	Recurso financeiro e tecnológico	Ferramenta implantada	Realizado e sendo aprimorada
2.5 Implantar Sistemática para Digitalização de documentos	2.5.1 Coordenar atividades necessárias para a implementação da digitalização e controle de temporalidade de documentação.	Gabinete Presidência	maio/2023	set.24	Recursos humanos, financeiros e tecnológico	Auditoria interna	Em andamento

Plano 3 - Otimizar a Tramitação dos Processos e Sindicâncias

Objetivos Relacionados:	(OB3) (OB6)	Riscos Relacionados	(R07) (R12) (R18) (R23) (R24) (R25) (R26) (R27) (R29) (R30) (R31) (R32) (R34)										
O que será feito	Detalhamento das ações	Responsável	Quando será iniciado	Quando será concluído	Recursos necessários	Monitoramento das ações	Status						
3.1 Reuniões bimestrais	3.1.1 Realizar reuniões bimestrais com os colaboradores do SP, devendo contar com a participação do Corregedor, Jurídico, Coord. da Fiscalização e Presidência para análise de indicadores	Equipe da Corregedoria e Processos	Mar/2023	Contínuo	HH	Atas de reuniões	Em implementação						
3.2 Monitoramento de prazos	3.2.1 Estabelecer prazos máximos para finalização e julgamento das sindicâncias e dos processos éticos-profissionais	Presidente / Corregedor	Fev/2023	Abr/2023	HH	Portaria	Cumprido						
	3.2.1 Monitorar os prazos para finalização e julgamento das Sindicâncias	Equipe do setor de Processos	Fev/2023	Contínuo	HH	Relatórios	Atividade realizada						
	3.2.2 Monitorar os prazos para finalização e julgamento dos Processos Éticos-Profissionais	Equipe do setor de Processos	Fev/2023	Contínuo	HH	Relatórios	Atividade realizada						
3.3 Instituir Correição em autos físicos	3.3.1 Analisar a cada 30 dias os autos de sindicâncias novas e verificar as medidas corretivas e ações a serem tomadas	Equipe do setor de Processos	Mar/2023	Contínuo	HH	Relatórios	Em andamento						
	3.3.2 Analisar a cada 60 dias os autos de processos novos e verificar as medidas corretivas e ações a serem tomadas	Equipe do setor de Processos	Mar/2023	Contínuo	HH	Relatórios	Em andamento						
	3.3.3 Analisar a cada 180 dias os autos de processos e sindicâncias de anos anteriores e verificar as	Equipe do setor de Processos	Mar/2023	Contínuo	HH	Relatórios	Em andamento						

	medidas corretivas e ações a serem tomadas						
3.4 Otimizar o tempo do trâmite processual para que haja efetividade das ações	3.4.1 Realizar mensalmente cobranças aos Conselheiros para o andamento das novas sindicâncias	Equipe da Corregedoria e Processos	Mar/2023	Contínuo	HH e Recursos tecnológicos	Relatórios	Atividade realizada
	3.4.2 Realizar trimestralmente cobranças aos Conselheiros para o andamento dos novos processos	Equipe da Corregedoria e Processos	Mar/2023	Contínuo	HH e Recursos tecnológicos	Relatórios	Atividade realizada
	3.4.3 Realizar mensalmente cobranças aos Conselheiros para o andamento dos processos e sindicâncias represados	Equipe da Corregedoria e Processos	Mar/2023	Contínuo	HH e Recursos tecnológicos	Relatórios	Atividade realizada

Plano 4 - Aumentar a Eficácia no Processo de Fiscalização

Objetivos Relacionados:	(OB4)	Riscos Relacionados	(R02) (R03) (R07) (R10) (R11) (R14) (R15) (R17) (R18) (R23) (R24) (R25) (R27) (R28) (R29) (R31) (R34)														
O que será feito		Detalhamento das ações		Responsável	Quando será iniciado	Quando será concluído	Recursos necessários	Monitoramento das ações	Status								
4.1 Fortalecer ações de Fiscalizações Proativas		4.1.1 Buscar incrementar a produtividade		Fernanda	Em andamento	Contínuo	HH	Sistemática implementada	Em andamento								
		4.1.2 Manter a sistemática de Plano Anual de Fiscalizações Proativas		Fernanda	Em andamento	Contínuo	HH	Sistemática implementada	Em andamento								
4.2 Gestão e monitoramento das fiscalizações		4.2.1 Aprimorar a sistemática para acompanhamento do resultado das fiscalizações no sentido da efetiva adoção de ações voltadas à correção das irregularidades encontradas		Fernanda	Em andamento	Contínuo	HH	Sistemática implementada	Em andamento								
4.3 Disponibilizar dados de fiscalizações e gerar produtos (relatórios e pesquisas) para divulgação		4.3.1 Divulgar planilhas e gráficos		Fernanda / Roberta	Em andamento	Contínuo	HH	Ações e relatórios divulgados / publicações em redes sociais / matérias jornalísticas	Em andamento								
		4.3.2 Ampliar o número de matérias jornalísticas e postagens para divulgação das atividades de fiscalização do conselho			Em andamento	Contínuo			Em andamento								
4.4 Melhorar o atendimento às resoluções do CFM quanto à Diretorias Médicas e Comissões de Ética		4.4.1 Manter plano para regularização de Direções Técnicas e Clínicas, Regimentos Internos e Comissões de Ética		Fernanda	Em andamento	Contínuo	HH	Sistemática implementada	Em andamento								
		4.4.2 Aprimorar ações de relacionamento com os Diretores Técnicos		Fernanda	Em andamento	Contínuo	HH	Sistemática implementada	Em andamento								
4.5 Intensificar ações da CODAME com campanhas educativas		4.5.1 Aprimorar plano de comunicação junto à ASCOM		Roberta	Em andamento	Contínuo	HH	Sistemática implementada	Em andamento								

Plano 5 - Aumentar a Eficácia no Processo Cartorial

Objetivos Relacionados:	(OB5)	Riscos Relacionados	(R01) (R02) (R07) (R08) (R09) (R11) (R17) (R18) (R26) (R27) (R28) (R30) (R32) (R34)														
O que será feito	Detalhamento das ações		Responsável	Quando será iniciado	Quando será	Recursos necessários	Monitoramento das ações	Status									

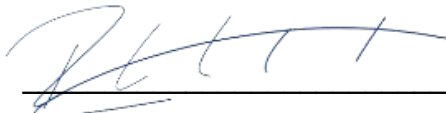
				concluído			
5.1. Promover o aperfeiçoamento e a agilidade dos serviços disponibilizados online	5.1.1 Manter atualizado o catálogo de serviços	Alysson / Alfredo	Em andamento	Contínuo	HH / Tecnológicos	Indicador de serviços realizados online	Em andamento
5.2 Realizar estudo e implantação para inovação dos processos	5.2.1 Buscar junto aos demais conselhos soluções para aprimoramento dos serviços prestados	Alfredo	Em andamento	Contínuo	HH	Relatório	Em andamento
	5.2.2 Pesquisar novos sistemas tecnológicos (solução de atendimento automatizado)	Alysson	Em andamento	Contínuo	Financeiros / Tecnológicos	Nova tecnologia viabilizada	Em andamento
5.3 Aumentar a capacidade de execução de todas as demandas recebidas	5.3.1 Aprimorar subdivisão de responsabilidade do Setor de Registros PF / RQE e PJ	Alfredo	Em andamento	Contínuo	HH	Setor subdividido nas atividades	Em andamento
	5.3.2 Monitorar fluxo de recebimento de serviços e capacidade de execução	Alfredo / Alysson	Em andamento	Contínuo	HH	Relatório de Monitoramento	Em andamento
5.4 Fomentar discussões junto ao CFM para modificação dos manuais de procedimentos	5.4.1 Sugerir melhorias nos manuais de procedimentos CFM	Alysson / Alfredo / Fernanda	Em andamento	Contínuo	HH	Revisão e relatório	Em andamento
5.5 Atualização de cadastros	5.5.1 Organizar e implementar campanhas periódicas para atualização de cadastros de PJ e PF	Roberta / Alfredo	Em andamento	Contínuo	HH	Campanha implementada	Em andamento
	5.5.2 Acompanhar a execução do plano de comunicação junto à ASCOM	Roberta / Alfredo	Em andamento	Contínuo	HH	Relatório de monitoramento	Em andamento
5.6 Ampliar o número de registros de RQE	5.6.1 Buscar ativamente os egressos de residência médica ou título da AMB expedidos	Alfredo	maio/2023	Contínuo	HH	RQE	Não realizado de forma estruturada

Plano 6 - Promover o Desenvolvimento Profissional

Objetivos Relacionados:	(OB6) Promover o Desenvolvimento Profissional	Riscos Relacionados	(R07) (R12)				
O que será feito	Detalhamento das ações	Responsável	Quando será iniciado	Quando será concluído	Recursos necessários	Monitoramento das ações	Status
6.1 Proposta de confraternizações em datas comemorativas, tais como Carnaval, São João e Natal, com taxa trimestral pelo Conselho, junto com a colaboração de cada funcionário, fornecendo prato individual.	6.1.1 Enviar para apreciação da Diretoria	Viviane	mar/2023	Jun/2023	Financeiro	Proposta enviada	Concluído
	6.1.2 Aprovação da Diretoria	Diretoria / Plenário	Mar/2023	Jun/2023	Financeiros	Proposta aprovada/parcialmente	Concluído
	6.1.3 Liberação da verba	Diretoria / Plenário	Abr/2023	Jun/2023	financeiros	Liberação dia/hora	Concluído
	6.1.4 Instituir o Calendário de Comemorações	Viviane	Abr/2023	Jun/2023	HH	Publicação do Calendário	Concluído
6.2 Proposta de evento mensal de confraternização para comemorar os aniversariantes do mês	6.2.1 Enviar para apreciação da Diretoria	Viviane	Mar/2023	Mar/2023	HH	Proposta enviada	Concluído
	6.2.2 Aprovação da Diretoria	Diretoria / Plenário	Mar/2023	Abr/2023	HH	Publicação de Ato normativo	Concluído
	6.2.3 Divulgação	Viviane	Abr/2023	Jun/2023	HH	Calendário elaborado	Concluído

6.3 Atualização do valor do vale alimentação.	6.3.1 Enviar para apreciação da Diretoria	Viviane	Mar/2023	Mar/2023	HH	Proposta enviada	Concluído
	6.3.2 Aprovação da Diretoria / Estudo de Viabilidade	Diretoria / Plenário / Financeiro	Mar/2023	Abr/2023	financeiros	Publicação de Ato normativo	Concluído
6.4 Ajuste salarial anual	6.4.1 Enviar para apreciação da Diretoria	Viviane	Mar/2023	Mar/2023	HH	Proposta enviada	Concluído
	6.4.2 Aprovação da Diretoria / Estudo de Viabilidade	Diretoria / Plenário / Financeiro	Mar/23	Abr/2023	financeiros	Publicação de Ato normativo	Concluído
6.5 Implementar o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração - PCCR	6.5.1 Realizar a Primeira Avaliação de Desempenho em 2-25	Direção	jan.25	dez.25	HH	Relatório de desempenho	

Aracaju – SE, 15 de agosto de 2024



Romeu Soares de Alencar

Diretor RS2 CONSULTORIA

rs2@rs2.com.br